



Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26/28
28209 Bremen

Anzeige ausgelagerter Praxisräume im Bereich der KV Bremen

Name des/r anzeigenden zugelassenen Leistungserbringers/in (bei BAG bitte je Leistungserbringer einen Antrag stellen)	
Anschrift Vertragsarztsitz	
Anschrift Nebenbetriebsstätten	
Anschrift ausgelagerte Praxisräume	
Telefon	
E-Mail	

Ich/wir erkläre/n Folgendes:

- In den ausgelagerten Praxisräumen findet kein Erstkontakt mit Patienten statt.
- Die Patienten werden in die ausgelagerten Praxisräume bestellt, nachdem der Erstkontakt am Vertragsarztsitz stattgefunden hat.
- Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz. Die Entfernung muss für Patienten zumutbar sein.
Dies ist dann gewährleistet, wenn die ausgelagerten Praxisräume binnen eines Zeitraums von 30 Minuten Fahrtzeit von der Hauptpraxis aus erreichbar sind.
Die Fahrtzeit Hauptpraxis – ausgelagerte Praxisräume beträgt _____ Min.
- Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung (§ 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 14 Arzt-/Ersatzkassenvertrag) wird erfüllt.

Bitte um Beachtung:

Die Ankündigung und/oder das Abhalten von gesonderten Sprechstunden sowie das Anbieten des gesamten Leistungsumfangs der „Stammpraxis“ in ausgelagerten Praxisräumen ist unzulässig.

Hierfür wäre die Genehmigung einer Zweigpraxis bei der KV Bremen zu beantragen.

Folgende Leistungen sollen ab dem _____ in den ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt werden:

(BITTE DETAILLIERT ANGEBEN, GGF. MIT GOP – EVTL. GESONDERTES BLATT BEILEGEN)

genehmigungspflichtige Leistungen

-
-
-
-
-
-
-

nicht genehmigungspflichtige Leistungen

-
-
-
-
-
-
-

Gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut, sofern er spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (ausgelagerte Praxisräume) erbringt, Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Hinweis:

Betrifft Ihre Anzeige der ausgelagerten Praxisräume **genehmigungspflichtige Leistungen**, so wird diese an die **zuständige Stelle** innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung weitergeleitet, von welcher Sie dann **gesondert Nachricht** erhalten.

Ich/wir bestätige/n, dass die o. g. Kriterien bzgl. der ausgelagerten Praxisräume erfüllt sind.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/-en)